

Załącznik nr 1 do umowy nr

....., dn. .... /miejscowość/ /data/

.....  
pieczęć placówki medycznej

**Wykaz osób bezrobotnych/niepełnosprawnych poszukujących pracy\* przebadanych w m-cu .....2024 r.**

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Zawód/stanowisko pracy/kierunek szkolenia	Wskazanie na wykonany pakiet badań ze wskazaniem na jego numer i rodzaj zaświadczenia wynikający z oferty	Badania uznane przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	Cena wykonania badań	Data zgłoszenia się osoby skierowanej	Data wydania zaświadczenia/ orzeczenia

.....  
podpis upoważnionego pracownika placówki medycznej

\* niepotrzebne skreślić

**mgr Grażyna Gwiazda**  
Dyrektor  
Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie

**Anna Gruchalska**  
Lb-1105